

ケアリビング優善 入居申込書

申込者 (あなた様) ①	住所			
	氏名			
	連絡先	☎		
		携帯		
	メールアドレス	@		
入居される方 ②	住所			
	氏名			
	①と②の関係(長男・長女・・・等)			
	生年月日			
	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護5 ・ <input type="checkbox"/> 要介護4 ・ <input type="checkbox"/> 要介護3 ・ <input type="checkbox"/> 要介護2 ・ <input type="checkbox"/> 要介護1			
	<input type="checkbox"/> 要支援2 ・ <input type="checkbox"/> 要支援1			
	障がい認定 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
在宅等での 介護の状況				
入居予定日	第一希望			
	第二希望			
面談予定日	第一希望			
	第二希望			
見学希望日	第一希望			
	第二希望			
体験入居希望	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			

(株) DKS (ドリームかいごスタイル) TEL : 0297-35-0555

受付FAX : **0297-35-0556**